



Suplemento de la Solicitud para KC1500

<p>¿Quién puede utilizar este suplemento?</p>	<p>Este formulario es para aquellos solicitantes que ya han completado una solicitud para Ancianos y Personas con Discapacidades, pero necesitan ayuda bajo nuestros programas médicos familiares.</p> <p>Esto formulario no es en si mismo una solicitud válida.</p>
--	--

 ¡Importante! ¿Está embarazada alguna de las personas que solicita asistencia médica?

Si No

A. Díganos Acerca de Usted y de las Personas en Su Hogar

Díganos acerca de usted. La persona que completa esta solicitud es el Solicitante Principal. Generalmente es la persona que es la "cabeza de familia".

Su Nombre: (Primero, Segundo, Apellido)		Otros nombres utilizados:	
Domicilio del Hogar:		Domicilio Postal (Si es diferente):	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Condado:	Código Postal:	Condado:	Código Postal:
Teléfono del Hogar: () —		Teléfono del Trabajo: () —	

Estas son las personas que usted debe incluir en esta solicitud:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus niños menores de 21 años de edad que viven con usted.
- Su compañero/a que vive con usted (pero solamente si tienen hijos juntos que necesitan asistencia médica)
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no vive con usted
- Cualquier persona menor de 21 años de edad de la cual usted cuida y que vive con usted

Complete las preguntas en las siguientes páginas para cada persona en su familia, comenzando con usted. Si hay más de 6 personas en su familia, por favor adjunte otra hoja de papel.

Su información es privada.

Mantendremos su información privada de acuerdo con lo requerido por la ley.

Agency Use Only

Outstationed Worker

Personas 1, 2, y 3

Por favor díganos acerca de todas las personas en su grupo familiar. Consulte la página 1 para más información acerca de quién incluir. **¡Comience con usted!**

	Persona 1 Usted ↓	Persona 2 ↓	Persona 3 ↓
Primer Nombre			
Segundo Nombre			
Apellido			
Nombre de Soltera			
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?	<i>Yo mismo</i>		
¿Está esta persona solicitando asistencia médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Embarazada?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuál es la fecha esperada de parto?			
¿Cuántos bebés se esperan?			
¿Necesita esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona un ingreso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
En el último año, esta persona (Marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas
¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años y es la principal persona que cuida de este niño?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre Completo de la Madre de esta persona (incluir nombre de Soltera)	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:
	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:
Nombre Completo del Padre de esta persona	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:
¿Tenía esta persona un seguro que finalizó en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿por qué?:			
Responda lo siguiente para las personas de 26 años de edad o menos			
¿Tenía esta persona un seguro a través de su empleo y lo perdió en el lapso de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, fecha de finalización y razón			
¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Estaba esta persona en cuidado sustituto al momento de cumplir 18 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona un padre que vive fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Personas 4, 5, y 6

Por favor responda las preguntas acerca de las personas 4, 5 y 6 en su grupo familiar. Si tiene más personas para agregar, por favor adjunte otra hoja de papel y envíela con este formulario.

	Persona 4 	Persona 5 	Persona 6 
Primer Nombre			
Segundo Nombre			
Apellido			
Nombre de Soltera			
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?			
¿Está esta persona solicitando asistencia médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Embarazada?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuál es la fecha esperada de parto?			
¿Cuántos bebés se esperan?			
¿Necesita esta persona ayuda para pagar las cuentas médicas de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona un ingreso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
En el último año, esta persona (Marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas
¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años y es la principal persona que cuida de este niño?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre Completo de la Madre de esta persona (incluir nombre de Soltera)	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:
	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:
Nombre Completo del Padre de esta persona	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:
¿Tenía esta persona un seguro que finalizó en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿por qué?:			
Responda lo siguiente para las personas de 26 años de edad o menos			
¿Tenía esta persona un seguro a través de su empleo y lo perdió en el lapso de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, fecha de finalización y razón			
¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Estaba esta persona en cuidado sustituto al momento de cumplir 18 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona un padre que vive fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

B. Díganos acerca las Deducciones sobre los Ingresos

Deducciones: Marque todas las que apliquen y proporcione la cantidad y la frecuencia. Estas son cosas que pueden ser deducidas de una declaración de impuestos federales. El hecho de que nos cuente acerca de ellas podría hacer que el costo de asistencia médica se reduzca un poco. No incluya ninguna deducción relacionada con su empleo por cuenta propia.

	Deducción 1	Deducción 2	Deducción 3
Nombre de la persona con la deducción			
¿Qué tipo de deducción? (pensión alimentaria, intereses de préstamo estudiantil, etc.)			
¿Cuánto?	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia?			

Utilice este espacio para escribir información adicional

C. Cobertura de Salud a través de Empleos

NO es necesario que usted responda estas preguntas a menos que alguien en su grupo familiar sea elegible para la cobertura de salud a través de un empleo.
Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura. Díganos acerca del **empleo** que ofrece cobertura.

Información del EMPLEADO			
Nombre del Empleado		Número de Seguro Social del Empleado	
Información del EMPLEADOR			
Nombre del Empleador		Número de Identificación del Empleador (EIN)	
Domicilio del Empleador		Número de Teléfono del Empleador	
Ciudad, Estado, Código postal			
¿Con quién nos podemos comunicar acerca de la cobertura de salud del empleado en este empleo?			
Número de Teléfono		Dirección de Correo Electrónico	
¿Es usted actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o pasará a ser elegible en los próximos 3 meses?			
<input type="checkbox"/> No (Deténgase aquí y siga en la página siguiente) <input type="checkbox"/> Si (Por favor responda las preguntas abajo)			
Si usted está en un período de espera o período de prueba, ¿cuándo puede usted inscribirse en la cobertura?		/ /	
Liste los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para recibir cobertura de este empleo.			
Nombre:		Nombre:	
Nombre:		Nombre:	
Díganos acerca del plan de salud ofrecido por este empleador.			
¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Para el plan con el costo más bajo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que pagaría el empleado si él/ella recibió el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en programas de bienestar.			
a. ¿Cuánto debería pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____			
b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente			
¿Qué cambio hará el empleador para el próximo año (si fuera conocido)?			
<input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de salud <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan con el costo más bajo disponible solamente para el empleado que cumple con el estándar de valor mínimo. * (La prima debería reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta anterior.)			
¿Cuánto deberá pagar el empleado en primas por ese plan?	\$ _____		
¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente		
Fecha del cambio (mm/dd/aaaa)	/ /		
*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan cubre al menos el 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986			

D. Indio Americano o Nativo de Alaska

Complete esta página si usted o los miembros de su familia son Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Díganos acerca del/de los miembro(s) de su familia que es/son Indio(s) Americano(s) o Nativo(s) de Alaska			
<p>Los Indios Americanos y los Nativos de Alaska pueden recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal, o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos. Además tal vez no tengan que pagar los costos compartidos y podrían recibir períodos especiales de inscripción mensuales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que usted y su familia reciban la mayor cantidad de ayuda posible.</p> <p>Nota: Si usted tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.</p>			
	Persona IA/NA 1	Persona IA/NA 2	Persona IA/NA 3
Primer Nombre y Apellido			
<p>¿Miembro de una tribu reconocida a nivel federal? De ser así, proporcione el nombre de la tribu.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____
<p>¿Ha recibido esta persona alguna vez servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí De no ser así ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí De no ser así ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí De no ser así ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>Cierto dinero recibido podría no ser contabilizado para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) informado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos de recursos naturales, actividad agrícola o ganadera, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierra India en fideicomiso por parte del Ministerio del Interior (incluso reservas y sitios que fueron anteriormente reservas) • Dinero resultante de vender cosas que tienen significado cultural 	\$ _____ ¿Con qué Frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué Frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué Frecuencia? _____

E. Página de Firma

Usted debe firmar y fechar este formulario antes de devolverlo. **Si este formulario no está firmado, le será enviado de vuelta.** Esto causará una demora en el procesamiento de su solicitud. **Lea la información más abajo. Firme y Feche.**

Entiendo:

- Que tengo derecho a un tratamiento igualitario sin importar la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, preferencia política, o nacionalidad.
- Que tengo derecho a que la información que he proporcionado sea mantenida en forma confidencial a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Que debo proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para cualquier persona que esté solicitando beneficios de salud y autorizo a que estos números sean utilizados para administrar el programa. Estos números también serán utilizados para comparaciones por computadora con otras organizaciones como por ejemplo bancos, la Administración del Seguro Social y Servicio de Impuestos Internos.
- Que es importante proporcionar la información actualizada de ingresos, domicilio y composición del grupo familiar, y que soy responsable de informar los cambios durante el proceso de solicitud y mientras sea elegible.
- Que algunas o todas las personas para las cuales estoy realizando la solicitud pueden recibir cobertura similar de salud bajo el programa Medicaid, si fueran elegibles.
- Que tengo la responsabilidad de utilizar e informar cualquier recurso de terceras parte (tales como seguro de salud, acuerdos judiciales, pagos de ayuda médica, fideicomisos, curadurías, etc.) que pudiera tener una obligación legal para pagar alguno o todos los gastos médicos de aquellos para quienes estoy realizando la solicitud. Entiendo que el pago por un servicio en particular puede ser retenido mientras se realiza una determinación del hecho de no haber utilizado un recurso de una tercera parte.
- Que cualquier pago que me haya sido realizado por un recurso de una tercera parte para servicios médicos cubiertos bajo los programas de asistencia médica de Kansas será utilizado para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas solamente pagarán por los servicios no cubiertos por ese recurso de esa tercera parte. Estoy de acuerdo en cooperar con la unidad de subrogación médica para tratar de obtener esos recursos de una tercera parte.
- Que si recibo asistencia médica después de los 54 años de edad o mientras estoy en un alojamiento institucional, podría existir un reclamo contra mis propiedades para recuperar los gastos médicos hechos en mi nombre. Entiendo que mi(s) institución(es) financiera(s) será(n) notificada(s) de un reclamo pendiente.
- Que tengo la responsabilidad de leer y contestar en forma veraz todas las preguntas en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud u oculto información requerida por la solicitud, seré sometido a penalización por mis acciones.
- Que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión. Se debe realizar una solicitud por escrito dentro de un plazo de 30 días luego de la decisión.

Acepto:

- Devolver cualquier pago de ayuda financiera para todas las personas que reciben asistencia médica si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Ayudar a los Servicios de Manutención de Niños (CSS por sus siglas en inglés) a establecer y hacer cumplir órdenes de manutención (si fuera necesario) si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Pagar la prima del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser de solo \$0 o de hasta \$50 dependiendo de sus ingresos.

Certifico:

- Que todas las personas para las cuales estoy solicitando la cobertura de salud - y que sean determinadas elegibles para dicha cobertura - son ciudadanos de los Estados Unidos o ciudadanos no estadounidenses en condición legal de inmigración. Puede exigirse un comprobante de condición migratoria. (Excepción: personas que solicitan asistencia médica de emergencia bajo SOBRA)
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.

Autorizo:

- Que los pagos bajo este programa sean realizados directamente a los médicos y otros proveedores médicos u organizaciones de atención médica administrada para servicios médicos cubiertos y otros servicios de salud proporcionados a aquellos para quienes estoy presentado la solicitud mientras sean elegibles.
- Los proveedores médicos divulgarán información médica al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF), el Departamento para Niños y Familias (DCF), el Departamento de Servicios para la Tercera Edad y Personas con Discapacidades de Kansas (KDADS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., compañías de seguro, y otros proveedores médicos contratados. También autorizo al KDHE, DCF y KDADS a compartir información médica para fines administrativos con otras agencias y contratistas.
- A empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios, y a otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar cualquier información a KDHE, DCF, KDADS, u otros programas de beneficios, cualquier información incluyendo información financiera y otra información confidencial necesaria para establecer mi elegibilidad.

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y comprendo las condiciones más arriba. Toda la información proporcionada en esta solicitud está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad. Esta divulgación es válida a partir de esta fecha. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

_____	_____
Firma del Solicitante (requerida)	Fecha
_____	_____
Firma del Cónyuge u Otro Adulto que está Realizando la Solicitud	Fecha
_____	_____
Firma del Primer Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
_____	_____
Firma del Segundo Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
_____	_____
Firma del representante Médico (si fuera aplicable)	Fecha

¿Desea usted registrarse hoy para votar?

No _____ Si _____ Ya estoy registrado _____

FOR AGENCY USE ONLY: